

Hvorfor overser vi barnemishandling?

Det er legers ansvar å se og handle i barnemishandlingsaker, men de unnlater ofte å gjøre det. Det finnes nok kunnskap til å se, undersøke og ta ansvar. Leger og andre profesjonelle anvender en rekke psykologiske mekanismer for å beskytte seg selv mot å se.

Christoffer-saken og Alvdal-saken, der barn ble utsatt for mishandling, død og seksuelt misbruk, har berørt oss alle. I disse sakene var det ingen profesjonelle i skolen, sosialtjenesten eller helsevesenet som var i stand til å se, forstå eller handle. Barnevernet hadde ingen mulighet til å gjøre noe når ingen meldte fra. Heller ikke omgivelsene – det sosiale nettverket – gjorde noe for å stoppe overgrepene.

Det primære ansvaret ligger hos dem som ser barnet først. Ofte er dette barneleger, ortopediske kirurger, barnekirurger eller barnepsykiatere (1, 2). Er de bekymret for et barns omsorgssituasjon, har de meldeplikt til barnevernet. Dreier det seg om overgrep, har de meldeplikt til politiet. At dette ofte ikke blir gjort, kan skyldes for lang avstand mellom tilgjengelig kunnskap og de som skal anvende den i praksis. Profesjonelle (og ikke-profesjonelle) anvender en rekke psykologiske mekanismer for å slippe å se og for å slippe å ta ansvar (3, 4). Vi mener at undervisning om omsorgsvikt og barnemishandling vektlegges for lite i utdanningen av helsepersonell.

De profesjonelles motstand mot å se
At leger og annet helsepersonell har en motstand mot å se og handle, ble dokumentert i et prosjekt ved barneavdelingen ved Ullevål universitetssykehus i slutten av 1970-årene (5). Det ble også dokumentert at profesjonelle innenfor helsefag, sosialfag og pedagogikk bruker ulike mekanismer for å slippe å se. Dette er senere bekreftet fra studier fra andre land (6).

Det dreier seg om overlevelsestrategier, overidentifisering med foreldrene, bagatellisering, rasjonalisering, distansering, projisering og problemforflytning. Ved overidentifisering tillegges vi foreldrene flere positive egenskaper enn de har, noe som hindrer oss i å se realitetene. Dette medfører ofte en bagatellisering av den fare barnet er i. Vi distanserer oss fra barnets sårbarhet, angst, lidelse og ensomhet. Ser vi noe som bekymrer oss, finner vi måter å rasjonalisere og bortforklare det vi aner. Vi kan distansere oss ved å trekke oss tilbake, henvise videre – «dette er ikke mitt bord» – og plassere ansvaret hos andre.

Står vi overfor et omfattende problemkompleks med samlivsvold, rus og psykiske problemer der barnet i familien har atferdsproblemer, er det lett å flytte oppmerksomheten over på barnets atferd. Christoffer-saken er et godt, men tragisk eksempel på

problemforflytning. Alvorlig omsorgssvikt og fysiske overgrep ble omdefinert til diagnosen AD/HD, og et aktivt arbeid med å undersøke relasjonene i familien og foreldrefunksjonene ble erstattet med medisiner (7). Slik slapp de profesjonelle å ta på seg den vanskelige og smertefulle oppgaven å ta innover seg Christoffers ensomhet og redsel. De slapp å forholde seg aktivt til foreldrene, barnevernet og politiet.

Ifølge Torleiv Ole Rognum, professor i rettsmedisin ved Universitetet i Oslo, skjer det hvert år rundt fem dødsfall som resultat

«Emosjonell vanskjøtsel og psykiske overgrep er forløpere for fysiske og seksuelle overgrep innenfor kjernefamilien»

av alvorlig vanskjøtsel, hodeskader eller kvelning (8). Det er godt dokumentert at fysiske overgrep er en vanlig årsak til hodeskader og bruddskader hos spedbarn (9–11). Langtidsskader er vanlig (12). Det er vist at blåmerker er en viktig markør for fysiske overgrep (13).

Kunnskap fra tilknytningsforskning

Barna har også sine overlevelsestrategier. De beskytter sine foreldre. De vet det meste om samfunnets tabuer lenge før de har hørt ordet og vet godt hva den voksne verden ikke vil høre. Den tilknytningsforankrede samspillsforskningen viser oss hvordan spedbarn registrerer voksnes ansikter og holdninger og tilpasser seg de voksne. Det er god dokumentasjon for at emosjonell vanskjøtsel og psykiske overgrep er forløpere for fysiske og seksuelle overgrep innenfor kjernefamilien (14). Ved å utvikle en dypere forståelse av emosjonell vanskjøtsel og psykiske overgrep hos profesjonelle hjelpere kan vi ha bedre muligheter for å forebygge fysiske og seksuelle overgrep.

Vanskjøtsel har vært vanskelig å definere og å påvise, men forskning om tilknytning og samspill har gjort det lettere. Emosjonell vanskjøtsel handler om foreldre som ikke engasjerer seg positivt følelsesmessig i barnet. De er ikke følelsesmessig tiljen-

gelige, barnet har ikke noe samspill å gå inn i. Det er vanlig å beskrive to former for emosjonell vanskjøtsel. Den mest kjente er den som ses samtidig med ernæringsmessig, fysisk, materiell, medisinsk og sosial vanskjøtsel. Denne er godt kjent og kan ofte både ses og luktes. Den andre formen er mindre kjent og kan være tildekket av overdreven dekning av ernæringsmessige, materielle, medisinske og sosiale behov (14).

Kunnskap fra hjerneforskning

Alvorlig vanskjøtsel er ikke bare skadelig for barnets fysiske utvikling, men også for den psykiske (15). At proteintilførsel til spedbarn er nødvendig for hjernens utvikling, har vært godt kjent lenge.

Nyere hjerneforskningen har vist at hjernens utvikling også er avhengig av kvaliteten på den følelsesmessige omsorgen og av kvaliteten i samspillet mellom foreldre og barn (15, 16). Følelsesmessig vanskjøtsel er en av de alvorligste trusler for barns fysiske, følelsesmessige, kognitive, sosiale og atferdsmessige utvikling.

Psykiske overgrep

Psykiske overgrep kan defineres som en kronisk holdning eller handling hos foreldre som er ødeleggende for utviklingen av et positivt selvbylde hos barnet. Det lever med en konstant bekymring for om foreldrene vil være i stand til å ta vare på det og beskytte det og seg selv.

Dette dreier seg ofte om barn med foreldre som har rusproblemer, er preget av voldelige samlivssituasjoner, psykiske lidelser og/eller forvrengte oppfatninger av sitt barn, der barnet tillegges spesielle egenskaper og behandles deretter. Barnet får en vedvarende bekymring for det «forutsigbare uforutsigbare». Dette kan omfatte det såkalte Münchhausen by proxy-syndromet, der barnet tillegges en sykdomstilstand og behandles deretter (17–19). Alkoholmisbruk, rusmiddelskader og alvorlige psykososiale belastninger kan være knyttet til somatiske symptomer hos barn.

Både kunnskap og holdninger

Evnen til å se, forstå og handle konstruktivt i disse situasjonene handler om både kunnskap og holdninger. Dette forutsetter noe mer enn en veileder. Det er behov for bedre opplæring – ikke bare i diagnostikk av omsorgssvikt og overgrep, men også i foreldresamarbeid, samarbeid med barna og

tværfaglig samarbeid. Det er behov for bedre retningslinjer om hvordan skole, sosialtjeneste og helsevesen skal identifisere og reagere ved fysiske overgrep, følelsesmessig vanskjøtsel, psykiske overgrep og seksuelle overgrep mot barn. Det trengs mer og bedre samarbeid og handling.

Sverre Halvorsen†

Kari Killén

Jens Grøgaard

jens.grogaard@helsedir.no

† Sverre Halvorsen (1925–2012) døde etter innsendelsen av dette manuskriptet, som blir publisert med tillatelse fra de etterlatte. Halvorsen var spesialist i barnesykdommer, dr.med., professor emeritus ved Universitetet i Oslo og tidligere avdelingsoverlege ved Barneavdelingen, Ullevål universitetssykehus.

Kari Killén (f. 1934) er dr.philos. og forsker emerita ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt honorar for konsulenttjenester og ekspertuttalelser.

Jens B. Grøgaard (f. 1940) er spesialist i barnesykdommer, dr.med., tidligere avdelingsoverlege ved Barneavdelingen og klinikkssjef ved Barneklubben, Ullevål universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Hobbs CJ. Paediatric intervention in child protection. *Child Abuse Rev* 1992; 1: 5–17.
- Hobbs CJ, Heywood PL. Childhood matters. *BMJ* 1997; 314: 622.
- Heap KK. Barnemishandling. Behandlerens dilemma. Oslo: Tanum-Norli, 1981.
- Killén K. How far have we come in dealing with the emotional challenge of abuse and neglect? *Child Abuse Negl* 1996; 20: 791–5.
- Heap KK. Omsorgssvikt og barnemishandling: en kasusstudie og etterundersøkelse av barn i omsorgssviktsituasjoner. Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo: Kommuneforlaget, 1994.
- Cramer P. Coping and defence mechanism: what is the difference? *J Pers* 1998; 66: 233–47.
- Gangdal J. Jeg tenker nok du skjønner det sjøl. Oslo: Kagge forlag, 2010.
- Fretland RA. FrP raser mot Christoffer-dom. *Dagbladet* 5.5.2009.
- Hoskote AV, Martin K, Hornbren P et al. Fractures in infants: one in four is non-accidental. *Child Abuse Rev* 2003; 12: 384–91.
- Myhre MC, Grøgaard JB, Dyb GA et al. Traumatic head injury in infants and toddlers. *Acta Paediatr* 2007; 96: 1159–63.
- Maquire S, Kemp AM, Lumb RC et al. Estimating the probability of abusive head trauma: a pooled analysis. *Pediatrics* 2011; 128: e550–64.
- Karandikar S, Coles I, Jayawant S et al. The neurodevelopmental outcome in infants who have sustained a subdural haemorrhage from non-accidental head injury. *Child Abuse Rev* 2004; 13: 178–87.
- Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S et al. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental traumas. *Pediatrics* 2010; 125: 67–74.
- Killén K. Sveket I: Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner. Oslo: Kommuneforlaget, 2009.
- Perry B. Incubated in terror: neurodevelopmental factors in the cycle of violence. I: Osofsky JF, red. *Children, youth and violence*. New York: Guilford Press, 1995.
- Perry BD. Traumatized children: how childhood trauma influences brain development. *J Calif Alliance Ment Ill* 2000; 11: 48–51.
- Meadow R. Suffocation, recurrent apnea, and sudden infant death. *J Pediatr* 1990; 117: 351–7.
- Meadow R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999; 80: 7–14.
- Meadow R. The dangerousness of parents who have abnormal illness behaviour. *Child Abuse Negl* 2000; 9: 62–6.

Mottatt 6.8. 2012, første revisjon innsendt 10.10. 2012, godkjent 8.11. 2012. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

Publisert først på nett 6.12. 2012.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no